


# CAPÍTULO VII

## RESPIRAÇÃO ORAL: INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA E OS LIMITES DO TRATAMENTO – PARTE II

*ORAL BREATHING:  
INTERVENTION OF THE SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGIST  
AND LIMITS OF TREATMENT – PART II*



Carla Patrícia Hernandez Alves Ribeiro César<sup>1</sup>  
Janayna de Aguiar Trench<sup>2</sup>  
Gerlane Karla Bezerra Oliveira Nascimento<sup>2</sup>  
Cláudia Sordi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Doutora, Professora Adjunta – Universidade Federal de Sergipe.

<sup>2</sup> Mestra, Professora Assistente – Universidade Federal de Sergipe.

<sup>3</sup> Doutora, Professora Adjunta – Universidade Federal de Sergipe.

## INTRODUÇÃO

O tratamento da respiração oral é, geralmente, interdisciplinar, pois requer em primeira instância a eliminação do fator etiológico, analisado e conduzido por um médico otorrinolaringologista, e a intervenção de demais profissionais (fonoaudiólogo, fisioterapeuta, ortodontista, entre outros) para o tratamento das sequelas.

A seguir, será descrita a proposta fonoterapêutica do modo respiratório alterado.

### Terapia fonoaudiológica

A terapia fonoaudiológica deve ser realizada somente após avaliação otorrinolaringológica, pois mediante obstruções de vias aéreas que necessitem de tratamento (medicamentoso ou cirúrgico, por exemplo), o início deve ser postergado até restabelecimento do quadro respiratório. Muitas vezes, em virtude do paciente apresentar má oclusão dentária, caso o paciente não tenha sido encaminhado pelo ortodontista para avaliação e terapia fonoaudiológica, o fonoaudiólogo também precisa encaminhar o paciente para avaliação e conduta desta especialista, para que tenha noção das possibilidades ou limites no tratamento<sup>4</sup>.

Sendo assim, após a verificação de possibilidade de uso nasal, Krakauer<sup>4</sup> sugeriu que a reabilitação do respirador oral passe pelos seguintes passos:

**1- Conscientização do nariz**, da importância da respiração nasal para o desenvolvimento craniofacial e do mecanismo respiratório – com uso de figuras, fotografias (do próprio paciente), anotação em agenda sobre como respirou durante a semana, uso de desenhos realizados pelo paciente, entre outros. Ao se ensinar como se usa o nariz, mostra-se seu funcionamento e suas estruturas. Pode-se utilizar de estratégias que envolvem expiração e inspiração conscientes e explica-se sobre secreções, ardor, coceiras e sangramentos. Sugere-se que sejam assinaladas todas as melhoras, mesmo que pequenas;

**2- Propriocepção da respiração nasal**, fazendo com que o próprio paciente perceba as diferenças entre respirar pelo nariz e pela boca. Nesta situação, podem ser realizados exercícios de respiração, inspirando-se ora por uma narina, ora por outra – pode-se variar a velocidade (lenta ou rapidamente), a inspiração ou expiração entre as narinas, e mostrar ao paciente as diferenças entre o processo realizado pelo nariz e pela boca.

Ainda para a propriocepção, podem ser utilizados materiais (garrafas para exercício respiratório e o aeronaso, da Pró-Fono®, por exemplo) e brinquedos (língua de sogra, pena, bexigas, etc.) para tal intento. Com o avançar das sessões, atividades lúdicas (como jogos preferidos pela criança) ou de leitura silenciosa podem ser realizadas, para o treino do modo respiratório nasal, mantendo-se os lábios vedados (pode-se usar o cronômetro para que o paciente visualize o sucesso alcançado com o aumento do tempo);

**3- Verificação do fluxo aéreo nasal** antes da aplicação de massagens na região do nariz, com auxílio do espelho milimetrado de Altmann (da Pró-Fono®), com marcação na folha de anotações;

**4- Massagens** circulares nas laterais do nariz, com os dedos médio e indicador do terapeuta, contando até dez, duas vezes de cada lado, alternando os lados;

**5- Técnica de assoar o nariz** com a “técnica de bombinha”, ou seja, tapa-se uma das narinas e, com força, assoa-se o nariz fazendo movimentos de pressão na narina que se pretende limpar. Logo após sensação de limpeza do nariz e ausência de secreção, realiza-se o mesmo procedimento na outra narina (Figura 1).



**Figura 1** - Técnica de assoar o nariz.

Alguns autores recomendam a inalação, na terapia, apenas com água fervida ou soro fisiológico, para facilitar o desprendimento da secreção no nariz, facilitando o emprego da técnica de assoar o nariz;

**6- Verificação do fluxo aéreo nasal após da limpeza do nariz**, com auxílio do espelho milimetrado de Altmann (Figura 2), com marcação na folha de anotações e comparando-se a efetividade da massagem e da limpeza nasal.



**Figura 2** - Uso do espelho milimetrado de Altmann.

Caso não tenham sido obtidas melhoras significativas, as manobras precisam ser repetidas. Ressalta-se, no entanto, que mediante quadros gripais e crises respiratórias evidentes no dia da terapia, a respiração não é trabalhada, exceto para que o paciente perceba a diferença entre respirar pela boca exclusivamente;

**7- Realização de exercícios isométricos com resistência** de lábios, língua e bochechas e massagem em mental, com movimentos circulares, por estar geralmente hiperfuncionante nos indivíduos com respiração oral. Para a conscientização e manutenção das estruturas em postura adequada, desde que o paciente tenha condições para tanto, podem ser utilizados materiais como pedaços de papel, elásticos ortodônticos, fitas

proprioceptivas de silicone da Pró-Fono® para que, em situações lúdicas, permaneça, por exemplo, com lábios vedados.

Esta proposta terapêutica foi adotada por Lourenço;César<sup>5</sup>, em 2010, resultando em sucesso nos pacientes da clínica ortodôntica da Universidade Metodista de São Paulo, obtendo-se tempo de restabelecimento do modo respiratório entre três e seis sessões. Já Gallo;Camiotto<sup>1</sup>, em 2009, obtiveram resultados satisfatórios pela fonoterapia em dez sessões, sendo que aqueles que não o apresentaram foi justificado tanto pela presença de deformidades dentofaciais quanto pela não realização de tratamento ortodôntico. As terapias consistiram em orientações (para a realização dos exercícios em casa) e aplicação de exercícios isométricos e isotônicos como, por exemplo, o trabalho com a força de lábios e bochechas, o alongamento do filtro do lábio superior, o relaxamento da musculatura mental, o treino da respiração nasal, entre outros.

Casos de alterações respiratórias crônicas como a asma, por exemplo, necessitam de maior tempo para sua adequação (até 12 sessões), sendo que na evidência de crise asmática (o mesmo pode ser dito da crise da rinite alérgica), o paciente irá respirar pela boca – sendo esta sua única possibilidade e não deve ser, portanto, criticado por este motivo. Neste sentido, a família e o paciente devem estar conscientes deste limite terapêutico.

Há ainda a possibilidade de uso de bandagem elástica no músculo orbicular da boca, que permanece na região por 24 horas/dia e deve ser trocado a cada três ou quatro dias, favorecendo a propriocepção constante do vedamento labial. Os estudos científicos são escassos a esse respeito e o uso da bandagem elástica terapêutica em terapia fonoaudiológica ainda está em caráter experimental. Foi utilizado com sucesso no controle da sialorreia em pacientes com encefalopatia não progressiva, segundo a literatura<sup>9</sup>. Ainda é preciso ressaltar que alguns pacientes podem apresentar alergia com a bandagem elástica, sendo assim seu uso contraindicado nestes casos.

Demais propostas podem ser utilizadas, como o método de Terapia de Regulação Orofacial Castillo Morales<sup>7</sup> (médico argentino Dr. Rodolfo Castillo Morales), em que é trabalhado o corpo em conjunto com manipulações profundas nos pontos e zonas motoras da face, com manobras de aquecimento, soltura, vascularização e de contrarresistência da face e da língua. Tal pressuposto terapêutico adota a função como norteador-

ra do seu trabalho, relacionando o complexo orofacial entre si, transformando-se em um sistema dinâmico por meio de atividades coordenadas e passivas, sempre no sentido das fibras musculares.

A manipulação profunda, com estimulação em pontos motores da face, serve como mecanismo para favorecer um melhor equilíbrio entre as partes moles e duras da face.

De acordo com Marson et al.<sup>6</sup>, são usadas manobras combinadas do método de Castillo Morales com as de Tessitore, como as manobras de aquecimento e vascularização, conforme descritas abaixo:

**1-** O terapeuta deve deslizar seus dedos sobre o músculo frontal no sentido encéfalo-caudal;

**2-** Com os dedos indicador e médio, deslizar da articulação têmporomandibular (ATM) até os lábios e voltar, realizando movimentos circulares. Realizar o mesmo procedimento indo da ATM até o queixo e voltando;

**3- Tapping:** na testa, com os dedos indicadores de cada mão, deslizar em movimentos pequenos, alternados, de cima para baixo. Em seguida, em posição de pinça com os dedos polegar e indicador, soltar toda a musculatura da face, de forma delicada e com pequenas pressões.

Algumas manobras de manipulação da musculatura orofacial propostas pela literatura<sup>6</sup> são:

**1-** Deslizar as palmas das mãos sobre as bochechas do paciente no sentido de baixo para cima;

**2-** Com os dedos indicadores e médio em “V”, deslizar partindo do centro do músculo orbicular da boca em direção ao músculo bucinador, repetidas vezes;

**3-** Com os dedos indicador e médio, o terapeuta deve fazer movimentos circulares na região das têmporas e seguir descendo e deslizando até o ângulo goníaco. Depois, subir para o feixe inclinado do músculo masseter indo em direção ao arco zigomático, para depois voltar deslizando até o ângulo goníaco;

**4-** Pedir ao paciente para que eleve as sobrancelhas e, posteriormente, para que as mantenha elevadas por tempo definido pelo terapeuta. Enquanto o paciente permanece com as sobrancelhas nesta posição, o terapeuta deve deslizar os dedos de cada mão, fazendo força contrária ao movimento realizado pelo paciente. Quando o movimento alcançar o meio da testa, solicita-se que o paciente relaxe o músculo frontal e

que faça contração nasal. Quando os dedos do terapeuta chegarem ao nariz, solicita-se que relaxe a musculatura anteriormente contraída. A seguir, com os dedos indicadores de cada mão, seguir em direção ao feixe do músculo piramidal até as narinas. Após, seguram-se as narinas e solicita-se ao paciente para que inspire e expire e;

**5-** Manobra intraoral: com os dedos indicadores na cavidade oral, deslizar os polegares sobre a face do paciente no sentido distal para medial, como se formasse um “raio de sol”. A seguir, solicitar isometria do músculo bucinador.

Após a preparação da musculatura facial<sup>6</sup>, os pontos motores da face são ativados. Tais pontos são zonas de reação, que darão uma resposta à contração muscular. Os estímulos devem ser com dígito-pressão e movimento circular nos seguintes pontos de cada hemiface: frontal (acima da sobrancelha), corrugador do supercílio (sobre a sobrancelha), orbicular do olho (no contorno da órbita ocular), nasal (no sulco da narina), do arco zigomático (acompanha o sulco naso-labial), da pálpebra (no canto externo dos olhos) e mental (com o dedo indicador no centro do queixo, fazer vibração).

Também podem ser ativadas as zonas motoras da face, por meio de estímulos táteis e proprioceptivos, com movimentos de toque, de deslizamento, de tração e pressão/vibração. As zonas ativadas são: nasal (superior e inferior), asa do nariz, pálpebras, lábio, mental e língua<sup>6</sup>.

Exercícios para melhor controle da mobilidade e para o aumento da força também podem ser realizados, destacando-se<sup>6</sup>:

**1-** Para o músculo orbicular da boca: protrusão dos lábios (fechados e abertos), vibração, lateralização, resistência a oclusão labial, pressionar os lábios e estalar. O uso do exercitador labial, da Pró-Fono®, também tem se mostrado eficiente<sup>3</sup>;

**2-** Para a musculatura da língua: deslizar o ápice da língua em direção ao palato mole (com a boca aberta), pressão da ponta da língua contra o palato, estalo da ponta da língua e estalo completo, elevação da ponta da língua até lábio superior, abaixamento da língua até o lábio inferior, empurrar a língua contra a espátula (com movimento de resistência por parte do terapeuta) e treino do movimento de vibração. Como alguns pacientes apresentam ainda a apneia do sono, podem ser acrescentados exercícios propostos por Guimarães<sup>2</sup>, em 2008, tais como: sucção completa da língua, com pressionamento de toda a língua



contra o palato; deslizamento da língua com sua sucção completa em direção ao palato mole e forçar o dorso da língua para baixo enquanto toda a língua permanece no assoalho da boca;

**3-** Para as bochechas: inflar alternada ou simultaneamente, sem e contra a resistência aplicada por terapeuta e encher bexiga. Guimarães<sup>2</sup> acrescentou, para a apneia do sono, o exercício de contra resistência, situação em que o terapeuta introduz o dedo indicador na parte interna da bochecha e pressiona para fora enquanto o paciente faz movimento inverso;

**4-** Para o palato mole: no caso de associação com a apneia do sono, pode-se solicitar a emissão de vogal oral aberta de forma abrupta, bem como intermitente<sup>2</sup>, evitando-se abuso vocal.

A literatura<sup>6</sup> comentou sobre os benefícios da utilização do método de Castillo Morales, sendo obtido êxito, em média, de 12 semanas/terapias, adotando-se o seguinte protocolo: treino e conscientização da respiração nasal; manobras para aquecimento e vascularização da musculatura orofacial; aplicação de pontos e zonas motoras na face; manobras passivas; uso do impulso distal; exercícios miofuncionais e registro da percepção dos pacientes sobre suas condições olfativas e obstruções nasais.

Como a fala e as demais funções do sistema estomatognático estão comprometidas na respiração, realiza-se terapia miofuncional orofacial, trabalhando-se diretamente com as funções, pela conscientização de como o próprio paciente as executa, quais são os parâmetros adequados e por tentativas de realização. O uso de filmagens e relatos constantes de como se executa as atividades são fundamentais para a terapia, pois é pela conscientização e pela motivação em realizá-las corretamente que se alcança o sucesso almejado. Livros e músicas infantis também podem ser utilizados, principalmente para a eliminação de hábitos orais deletérios.

Treinar a mastigação e a deglutição de consistências diferentes, com texturas diferentes (de acordo com a tipologia facial e oclusão de cada indivíduo), para que perceba as diferenças na força da mordida, nos movimentos mandibulares, são estratégias importantes para o trabalho. A percepção e o treino da posição da língua na deglutição e durante o ato da fala podem ser favoráveis para que o paciente perceba a diferença nestes processos, bem como conscientização de mecanismos



compensatórios.

Pode ser necessário o trabalho com olfato e gustação, mas seu início deve ser realizado após o paciente obter sucesso no trabalho para uma respiração nasal eficiente. Alguns pacientes têm evidenciado que, quando a função respiratória é restabelecida, esses processos perceptuais também o são, não havendo necessidade deste trabalho, porém convém avaliar tais funções para que seja determinada a necessidade de inclusão ou não deste objetivo no processo terapêutico. Há ainda casos de crianças com privação ambiental de estímulos olfativos e gustativos diferenciados, nestas situações, o trabalho é interessante para ampliar seu conhecimento e experiências sensoriais.

A conscientização é peça fundamental neste trabalho, sendo trabalhada a percepção e conscientização dos ísquios, do esterno, do apoio dos pés, da coluna e do occipital. Diferentes estratégias podem ser utilizadas, incluindo fotos, esquemas, atlas anatômico, toque, bolinhas para massagens e percepção das estruturas, discriminação de posturas corretas de erradas, em diferentes posturas (sentado, em equilíbrio estático e dinâmico) e em situações lúdicas<sup>8</sup>.

Ao final de cada sessão e a cada dois meses os resultados obtidos devem ser comparados, para possíveis alterações no planejamento terapêutico.

A família deve acompanhar todo processo, saber dos sucessos, das limitações e dos entraves ocorridos durante a fonoterapia, para que colaborem em todas as fases do processo. Orientações quanto às possíveis consequências da manutenção do modo respiratório alterado, sobre as necessidades de: mudanças no ambiente (principalmente para os pacientes com asma e rinite alérgica), realização de exames complementares e das condutas estabelecidas pelos profissionais envolvidos, acompanhamento ativo no processo terapêutico, inclusão de atividades físicas na rotina da família e da criança são condições favoráveis para o êxito neste percurso.

### **Limites no tratamento**

O tratamento fonoaudiológico fica limitado nas alterações dentoalveolares, nos casos de deficiência intelectual, nas síndromes que envolvem más formações craniofaciais e o tônus, de forma global (como na síndrome de Down), nas fissuras labiopalatinas (pré, pós ou transforame), em casos neurológicos (como a paralisia cerebral), no uso con-

comitante de hábitos orais deletérios, nos casos em que a criança utiliza a respiração oral para chamar atenção da família para si própria e nos casos de obstruções respiratórias centrais (como na síndrome da apneia e hipoapneia do sono central). O trabalho com crianças muito pequenas também é difícil, devido à dificuldade de conscientização, mas não limita o trabalho fonoaudiológico.

Situações respiratórias crônicas (asma, bronquite, sinusites e rinites alérgicas crônicas) incorrerão em respiração exclusivamente oral no período de crise, o que deve ser levado em consideração. A família e o paciente devem ser alertados quanto a esta possibilidade para que não esperem eliminação total da respiração oral. Cabe ainda salientar que o trabalho fonoaudiológico fica impossibilitado em situações em que há obstruções nas vias aéreas. Por tal motivo, convém sempre prestar atenção se no dia da terapia o paciente está gripado ou não.

Nestas condições, a imposição terapêutica deve respeitar os limites e as possibilidades de cada sujeito e, muitas vezes, para facilitar uma respiração nasal, não se preconiza o vedamento labial, mas o trabalho de vedação da orofaringe com dorso de língua elevado, favorecendo a respiração nasal<sup>4</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sucesso da reabilitação do sujeito que apresenta respiração oral está no conhecimento do motivo que o leva a se adaptar, de forma patológica, a um modo respiratório inadequado, mas por vezes necessário a sobrevivência.

A manutenção deste modo alterado respiratório pode acometer a qualidade de vida do sujeito e de sua família, trazendo impactos em diferentes segmentos de sua vida.

Para tanto, o trabalho precisa ser interdisciplinar e deve haver, para qualquer mudança, uma percepção consciente do que se faz e do que se pretende mudar.

Fazendo das palavras de Perdigão<sup>8</sup> as nossas: "(...) a percepção consciente é um dos elementos fundamentais para que o paciente seja autor de seu próprio tratamento e mantenedor de seus resultados".

## REFERÊNCIAS

1. Gallo J, Campiotto AR. Terapia miofuncional orofacial em crianças respiradoras orais. Rev. CEFAC 2009;11(Suppl 3):305-10.
2. Guimarães KCC. Efeitos dos exercícios orofaríngeos em pacientes com apneia obstrutiva do sono moderada: estudo controlado e randomizado. 2008. 119f. Tese [Doutorado em Ciências], Universidade de São Paulo, São Paulo.
3. Jardini RSR. Uso do exercitador labial: estudo preliminar para alongar e tonificar os músculos orbiculares orais. Pró-Fono 1999;11(1):8-12.
4. Krakauer LRH. Terapia do respirador oral. In: Krakauer LH, Di Francesco RC, Marchesan IQ (Org). Respiração oral: abordagem interdisciplinar. São Paulo: Pulso 2003. p. 119-25.
5. Lourenço CT, César CPHAR. Reabilitação fonoaudiológica quanto ao modo respiratório oral: tempo terapêutico In: XIII Congresso Metodista de Iniciação e Produção Científica, 2010, São Bernardo do Campo. Congresso Científico Metodista. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo; 2010.
6. Marson A, Tessitore A, Sakano E, Nemr K. Effectiveness of speech and language therapy and brief intervention proposal in mouth breathers. Revista CEFAC 2012;14(6):1153-66.
7. Morales RC. Terapia de regulação orofacial: conceito RCM. São Paulo: Memnon; 1999.
8. Perdigão AB. Trabalhando com a postura corporal do respirador oral. In: Krakauer LH, Di Francesco RC, Marchesan IQ (Org). Respiração oral: abordagem interdisciplinar. São Paulo: Pulso; 2003. p. 127-43.
9. Ribeiro MO, Rahal RO, Kokanj AS, Bittar DP. O uso da bandagem elástica Kinesio no controle da sialorreia em crianças com paralisia cerebral. Acta Fisiatr 2009;16(4):168-72.

### *Como citar este capítulo:*

César CPHAR, Trench JA, Nascimento GKBO, Sordi C. Respiração oral: intervenção fonoaudiológica e os limites do tratamento – parte II. In: Nahsan FPS, Sordi C, Paranhos LR, organizadores. Coletâneas em saúde. São José dos Pinhais: Editora Plena; 2015. 3v. p. 67-77.